



REGIONE CAMPANIA

N.B. Il presente modulo tiene conto della rettifica approvata con Decreto Dirigenziale n. 4 del 12/01/2005

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI MEDICINA GENERALE Anno 2005

Raccomandata A/R

Regione Campania
Settore Prevenzione, Assistenza
Sanitaria, Igiene Sanitaria
Servizio Medicina di Base
Centro Direzionale Isola C3
80143 - Napoli

Marca
Da Bollo

...l... sottoscritt... Dr..... (vedi nota 1)

SEZIONE A – DATI ANAGRAFICI

COGNOME	<input type="text"/>			
NOME	<input type="text"/>			
NATO/A IL	<input type="text"/> giorno	<input type="text"/> mese	<input type="text"/> anno	PROVINCIA <input type="text"/>
COMUNE	<input type="text"/>			
SESSO	<input type="text"/>	CODICE FISCALE	<input type="text"/>	

RESIDENZA	<input type="text"/> Indirizzo			
	<input type="text"/> Comune			
	<input type="text"/> Prov.	<input type="text"/> c.a.p.	<input type="text"/> recapito telefonico	<input type="text"/> A.S.L.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

DATA/...../.....

FIRMA (vedi nota 3).....

CHIEDE

Ai sensi dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale ex art.8 del decreto legislativo 30.12.92 n.502, come modificato e integrato dal decreto legislativo 7.12.93, n. 517, D.P.R. 28/7/2000 n. 270, di essere inserito nella graduatoria regionale di medicina generale **valida per l'anno 2006**.

Il sottoscritto, consapevole dei diritti conferitigli dall'art. 13 L.675 del 31.12.1996 e successive modifiche, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali per gli adempimenti necessari alla formazione e pubblicazione della graduatoria regionale di Medicina Generale.

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

SEZIONE B – DOCUMENTAZIONE ALLEGATA (Se si utilizza l'istituto dell'autocertificazione barrare la sezione B)

Certificato di iscrizione all' Ordine dei Medici di
rilasciato il

Certificato di laurea con votazione

n. Documenti relativi ai titoli in suo possesso valutabili ai fini della graduatoria predetta. Elencare i documenti allegati:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

SEZIONE C – RECAPITO COMUNICAZIONI

la propria residenza;

oppure il domicilio seguente:

.....
Indirizzo

.....
Comune

.....
Prov.

.....
c.a.p.

.....
recapito telefonico

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

DATA/...../.....

FIRMA (vedi nota 3).....

Consapevole che, ai sensi dell'art.76 D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

DICHIARA

SEZIONE D – DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000)

	<ul style="list-style-type: none">• di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita presso l'Università degli Studi di in data _ _ / _ _ / _ _ _ _ con la votazione di _ _ _ /110• di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione conseguita in data _ _ / _ _ / _ _ _ _ ;• di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di dal _ _ / _ _ / _ _ _ _ ;
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<ul style="list-style-type: none">• di essere in possesso dell'Attestato di formazione specifica in Medicina Generale (DL.vo 256/91, art.2.c.2,e D.L.vo n. 368/99), conseguito il _ _ / _ _ / _ _ _ _ presso la Regione _ _ _ (vedi nota 2), specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione (punti 7,20): data inizio corso _ _ / _ _ / _ _ _ _ data fine corso _ _ / _ _ / _ _ _ _ ;• di essere in possesso della/e specializzazione/i o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti o di essere in possesso di specializzazione/i o libera docenza/e in discipline affini a quella della medicina generale (vedi nota 4) :
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	1. Specializzazione/libera docenza in _ _ _ conseguita presso l'Università degli Studi diil _ _ / _ _ / _ _ _ _ ;
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	2. Specializzazione/libera docenza in _ _ _ conseguita presso l'Università degli Studi diil _ _ / _ _ / _ _ _ _ ;
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3. Specializzazione/libera docenza in _ _ _ conseguita presso l'Università degli Studi diil _ _ / _ _ / _ _ _ _ ;
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	• Nel contempo dichiara di essere assegnatario per la specializzazione di cui sopra di borsa di studio ministeriale (DL.vo 257/91 e successive modifiche, DL.vo 368/99).

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

DATA/...../.....

FIRMA (vedi nota 3).....

2. Stessa attività di cui al punto precedente prestata nell'ambito della Regione Campania. (0,30 punti per mese di attività)

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	ASL _ _ _	Dal _ _ / _ _ / _ _ _ _	Al _ _ / _ _ / _ _ _ _

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

DATA/...../.....

FIRMA (vedi nota 3).....

3. Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per i periodi non inferiori a 5 giorni continuativi. (0,20 punti per mese di attività)

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

DATA/...../.....

FIRMA (vedi nota 3).....

Proseguo della SEZIONE F

4. Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 giorni. (0,20 punti per mese di attività)

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

DATA/...../.....

FIRMA (vedi nota 3).....

5. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione di continuità assistenziale. (0.20 punti per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

DATA/...../.....

FIRMA (vedi nota 3).....

Proseguo della SEZIONE F

6. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi. (0.20 punti per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

DATA/...../.....

FIRMA (vedi nota 3).....

7. Servizio di attività Territoriale Programmate ai sensi del Capo IV del presente accordo. (0.10 punti per mese, ragguagliato a 52 ore di attività)

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Reg.	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _	h	_ _ _ _

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

DATA/...../.....

FIRMA (vedi nota 3).....

11. Attività di medico pediatra di libera scelta, anche in forma di sostituzione, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi. (0.10 punti per mese di attività)

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

DATA/...../.....

FIRMA (vedi nota 3).....

12. Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti. (0.05 punti per mese di attività)

<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Regione	_ _ _	ASL	_ _ _	Dal	_ _ / _ _ / _ _ _ _	Al	_ _ / _ _ / _ _ _ _

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

DATA/...../.....

FIRMA (vedi nota 3).....

NOTE

1. Per la compilazione della domanda è necessario attenersi a quanto specificato nell' allegato A pena l'esclusione dalla graduatoria.
2. Per le Regioni è obbligatorio utilizzare i codici di cui all'allegato C.
3. Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione qualora l'istanza sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.
4. Per la specializzazione/libera docenza è obbligatorio utilizzare i codici di cui all'allegato B.

ALLEGATO A

MODALITA' DI COMPILAZIONE E PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

I medici che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale di Medicina Generale per l'accesso alle attività di assistenza primaria, continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale, devono rispettare le seguenti modalità di compilazione e devono possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31.1.2005) i seguenti requisiti:

- Essere iscritti all'Ordine dei Medici;
- Essere in possesso **dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente**, come previsto dai decreti legislativi n. 256/91 e n.368/99;
- Si prescinde dal requisito dell'attestato per i medici **abilitati all'esercizio professionale entro il 31.12.94** come indicato dal decreto del Ministero della Sanità del 15.12.94;
- Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31.12.2004;
- Nel caso ci sia stata interruzione nella presentazione della domanda, il medico dovrà autocertificare tutta l'attività relativa agli anni in cui non ha prodotto domanda;
- Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso;
- La domanda, in regola con le vigenti leggi in materia di imposta di bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata entro e non oltre il 31 gennaio 2005 alla Regione Campania – Assessorato alla Sanità – Servizio di medicina di base – Centro Direzionale isola C3 - 80143 NAPOLI. Le ricevute rilasciate dall'ufficio postale saranno l'unico documento valido da produrre in caso di smarrimento della domanda;
- Qualora il medico decida di presentare i titoli in originale (non avvalendosi dell'autocertificazione) questi devono essere in regola con le vigenti disposizioni in materia di imposta di bollo.
- L'attestazione dell'Ordine dei Medici deve avere la data di rilascio non antecedente a sei mesi dalla data di presentazione della domanda.
- Il certificato di laurea rilasciato dall'Università deve essere allegato anche se la votazione riportata non dà diritto a punteggio.
- Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale.
- **A pena di esclusione**, la domanda deve essere compilata in ogni sua parte, scritta in stampatello e senza cancellazioni al fine di consentirne la valutazione ed i necessari controlli di veridicità (art. 71 del D.P.R.445/2000);
- Nelle sezioni della domanda che sono state utilizzate è obbligatorio barrare il Sì oppure il No.
- E' obbligatorio barrare tutte le sezioni non utilizzate.
- Tutte le firme dovranno essere apposte obbligatoriamente e per esteso su tutti i fogli della domanda ove è richiesta la firma indipendentemente dalle sezioni utilizzate.
- La sezione F è ripartita in quadri numerati. I quadri non utilizzati devono essere barrati.
- E' obbligatorio consegnare tutte le 23 pagine della domanda.
- La mancata presentazione della domanda o la sua incompletezza comporta l'esclusione dalla graduatoria.

ALLEGATO B

ELENCO CODICI MECCANOGRAFICI DELLE SPECIALIZZAZIONI VALIDE PER LA GRADUATORIA DI M. G. VALIDA PER IL 2006

Specializzazioni in Medicina Interna ed Equipollenti (punti 2,00)

Codice Meccanografico	Descrizione
E15	Allergologia ed Immunologia Clinica
E11	Clinica Medica
E12	Geriatrica
E13	Geriatrica e Gerontologia
E10	Medicina Generale
E01	Medicina Interna
E14	Reumatologia

Specializzazioni affini alla Medicina Interna (punti 0,50)

Codice Meccanografico	Descrizione
A05	Angiologia
A42	Angiologia e Chirurgia Vascolare
A43	Angiologia Medica
A44	Cardioangiopatie
A06	Cardiologia
A45	Cardiologia e Malattia dei Vasi
A46	Cardiologia e Reumatologia

A94	Chemioterapia
A48	Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso
A49	Chirurgia Generale
A50	Chirurgia Generale D'Urgenza e P.S.
A51	Clinica delle Malattie Infettive
A52	Clinica delle Malattie Infettive e contagiose
A53	Clinica delle Malattie Infettive Tropicali
A25	Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali
A54	Clinica delle Malattie Tropicali ed Infettive
A35	Diabetologia e Malattie del Ricambio
A55	Dietologia
A07	Ematologia
A56	Ematologia Clinica e di Laboratorio
A57	Ematologia Generale
A58	Ematologia Generale (clinica e laboratorio)
A10	Endocrinologia
A59	Endocrinologia e Malattie del Ricambio
A60	Endocrinologia e Malattie Metaboliche
A61	Endocrinologia e Medicina Costituzionale
A62	Endocrinologia e Patologia Costituzionale
A63	Fisiopatologia Cardiocircolatoria
A64	Fisiopatologia Cardiovascolare
A65	Fisiopatologia Digestiva
A90	Fisiopatologia e Fisiokinesiterapia Respiratoria

A91	Fisiopatologia Respiratoria
A11	Gastroenterologia
A09	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
A33	Genetica Medica
A66	Malattie Cardiovascolari
A67	Malattie Cardiovascolari e Reumatiche
A89	Malattie del Fegato e del ricambio
A92	Malattie del Rene, del Sangue e del Ricambio
A68	Malattie del Ricambio
A69	Malattie del Sangue
A70	Malattie del Sangue e degli Organi Emopoietici
A71	Malattie del Sangue e del Ricambio
A72	Malattie dell'Apparato Cardiovascolare
A73	Malattie dell'Apparato Digerente
A18	Malattie dell'Apparato Respiratorio
A74	Malattie dell'Apparato Respiratorio e Tisiologia
A75	Malattie Endocrine e Metaboliche
A13	Malattie Infettive
A24	Malattie Infettive e Tropicali
A76	Malattie Metaboliche e Diabetologia
A77	Malattie Tropicali e Subtropicali
A78	Medicina Costituzionale e Endocrinologia
A79	Medicina d' Urgenza
A29	Medicina dello Sport

A80	Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza
A81	Medicina Fisica e Riabilitazione
A26	Medicina Tropicale
A15	Nefrologia
A82	Nefrologia Medica
A93	Neurologia
A17	Oncologia
A83	Oncologia Clinica
A84	Ortopedia e Traumatologia
A85	Patologia del Sangue e degli Organi Emopoietici
A19	Pronto Soccorso e Terapia d'Urgenza
A21	Scienza dell'Alimentazione
A86	Scienza dell'Alimentazione Dietetica
A87	Scienza delle Costituzioni ed Endocrinologia
A88	Tisiologia e Malattie dell'Apparato Respiratorio

ALLEGATO C

ELENCO CODICI DELLE REGIONI

Codice	Descrizione
ABR	Abruzzo
BAS	Basilicata
CAL	Calabria
CAM	Campania
EMR	Emilia Romagna
FVG	Friuli Venezia Giulia
LAZ	Lazio
LIG	Liguria
LOM	Lombardia
MAR	Marche
MOL	Molise
PIE	Piemonte
PUG	Puglia
SAR	Sardegna
SIC	Sicilia
TOS	Toscana
TAA	Trentino Alto Adige
UMB	Umbria
VDA	Valle D'Aosta
VEN	Veneto